

Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental!
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,
llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna
pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente _____
No. de seguro social _____
Fecha _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono particular _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/PC. _____
Correo electrónico _____ Teléfono celular _____
Marque el cuadro correspondiente: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
Si es estudiante, nombre de la universidad _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Tiempo completo Tiempo parcial
Paciente o empleador del paciente o tutor _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/PC. _____
Cónyuge o nombre del padre o tutor _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? _____
Persona de contacto en caso de urgencia _____ Teléfono _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el Paciente _____
Dirección _____ Teléfono particular _____
Correo electrónico _____ Teléfono celular _____
No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institución financiera _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo _____ No. de seguro social _____
¿Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta? Sí No
Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:
 Efectivo Cheque personal Tarjeta de crédito VISA MasterCard Desco analizar las políticas de pago de la consulta.

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/PC. _____
Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/PC. _____
¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____
¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL? Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/PC. _____
Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/PC. _____
¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

Signe en la hoja siguiente

Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____